



Las enfermedades de la pobreza

Las llamadas enfermedades tropicales (parásitos intestinales, paludismo y desnutrición crónica) dependen más del contexto social que de las condiciones climáticas. Son enfermedades desatendidas, ignoradas, porque las padecen sectores de la población sin influencia política, lo que significa que los Estados no las consideran un problema de salud pública.

“Las enfermedades tropicales no existen. Lo que existe son las enfermedades de la pobreza”. Esta afirmación de Jaime Carmona Fonseca plantea que lo que muchos científicos investigan y tantos gobiernos combaten, no existe. O al menos no con ese nombre. Él es experto en salud pública, epidemiología y microbiología médica y miembro del grupo de investigación Salud y Comunidad - César Uribe Piedrahita, y sostiene que dichas enfermedades están poco relacionadas con el clima y mucho con las condiciones en las que viven las personas.

Desde hace veinte años estudia la malaria, también llamada paludismo —junto a las investigadoras Adriana Correa Botero y Amanda Maestre Buitrago y varios estudiantes de pregrado y posgrado—, en la región que reporta el 90% de los casos del país, formada por Urabá y Bajo Cauca, en Antioquia, y las cuencas altas de los ríos Sinú y San Jorge, en Córdoba. Al principio, el foco de las investigaciones era la malaria, pero con el tiempo notaron que esta siempre se presentaba junto a otras enfermedades. “Niños sanos en esa región casi no existen; eso nos

hizo aterrizar. Entonces decidimos empezar a investigar teniendo en cuenta que están presentes con mayor frecuencia la desnutrición y los parásitos intestinales”, explica el profesor Carmona.

La observación general de los investigadores sobre la problemática de la zona es que la tríada formada por la desnutrición crónica, la presencia de parásitos intestinales (amibas, giardias y gusanos) y el paludismo, complica, a su vez, cada una de estas enfermedades. El parasitismo intestinal y el paludismo son procesos infecciosos que sumados a la desnutrición —que genera un estado de inflamación general del cuerpo— favorecen su mutua frecuencia y gravedad. La razón es que alteran la capacidad de inmunidad del organismo, dejándolo expuesto a la embestida de otros padecimientos. En esta región las personas no suelen sufrir malaria, desnutrición o parásitos, sino los tres, y los más vulnerables son los niños y las mujeres embarazadas. Semejante confluencia de enfermedades hizo que las investigaciones empezaran a analizar cómo se determinaban entre ellas.

La cuestión ambiental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) marca como enfermedades tropicales a aquellas de tipo infeccioso que ocurren única o principalmente en el trópico, aunque acepta que pueden darse también en otros lugares donde el clima llega a ser caliente y húmedo. La misma organización emparenta a varias de ellas con el término “desatendidas”, para indicar que son enfermedades ignoradas porque las padecen sectores de la población que “carecen de influencia política”. Lo que termina por significar que los Estados obvian atenderlas como problemas de salud pública.

La delimitación geoastronómica de la que debería ser llamada zona intertropical —porque se encuentra entre el Trópico de Cáncer, en el norte, y el Trópico de Capricornio, en el sur— incluye buena parte de Suramérica y Centroamérica, casi toda África, el sur de Asia y la mitad de Oceanía. Más del 70% de los países clasificados en esa categoría tienen economías de ingresos bajos, agrega la OMS. Es por esto que la cuestión ambiental se extiende desde las condiciones naturales a las culturales, políticas y económicas.

“El ambiente no es una cosa biológica ni de genes. Es eso, pero sobre todo es la gente. Es una mezcla dinámica y dialéctica de la naturaleza y las sociedades”, asegura Carmona Fonseca, y se pregunta: “¿qué es más importante en enfermedades como esas? La respuesta es el ambiente social”.

Buena parte de su conclusión se basa en dos evidencias. La primera, que las enfermedades tropicales no son exclusivas del trópico, caso de la malaria, que hace algunos decenios se identificó en la cuenca del Mediterráneo y en el sur de los Estados Unidos, y de ambos lugares fue erradicada. Esto último da pie a la segunda evidencia: de ciertos países esta clase de enfermedades ha sido desterrada porque se mejoraron las condiciones de vida. Existen el conocimiento y la tecnología para hacerlas desaparecer o al menos acercar la reducción a cero, solo que ese resultado exige una alta inversión social. Las variables más influyentes en el ciclo infinitamente repetido del contagio de malaria y de parásitos intestinales, y el perenne estado de desnutrición, especialmente en los niños, son propiciadas por el contexto social.

En 2006 Colombia registró el 11,5% de los enfermos de malaria en el continente —el tercer porcentaje más alto—, y con Brasil y Haití fue uno de los países con más muertos por la enfermedad. Según el Instituto Nacional de Salud, cerca del 60% de la población colombiana se encuentra en riesgo de enfermar o morir por esta causa.

La cuestión social

El equipo del profesor Carmona Fonseca encontró que la forma de contagio de las enfermedades padecidas por los habitantes de la región estudiada puede ser interrumpida sin muchas dificultades. En cuanto a la malaria, facilitarles el acceso a viviendas protegidas, mosquiteros e insecticidas reduce mucho el riesgo de picadura del vector. Contra los parásitos intestinales, la solución es propiciar un sistema adecuado de eliminación de las excretas. En las zonas rurales ni siquiera se necesita un alcantarillado: basta con masificar la costumbre de cavar una letrina y ponerle una tapa de madera o de cemento, porque cuando los huevos de los parásitos llegan a la tierra y quedan expuestos, terminan de crecer y el contacto produce la infección. Pavimentar las calles y potabilizar el agua también ayudaría a acabar con este ciclo en particular.

En 2005 investigaron las condiciones de vida de las familias en dos municipios de Antioquia: Turbo y El Bagre. Haciendo los censos sobre las características de las viviendas, llegaron a que la mayoría tenía piso de tierra, paredes de madera y techo de latas metálicas. Aunque el promedio por casa era de siete habitantes, por lo general tenían solo dos dormitorios y dos mosquiteros, o sea que casi cuatro personas dormían resguardadas por uno. Solo la mitad de las viviendas tenía ventiladores en las habitaciones. Además, en dos de cada tres domicilios la periferia era propicia para la cría de los mosquitos transmisores de la enfermedad. Todo lo anterior fue reconocido como el ambiente apropiado para el insecto vector: las hembras del género *Anopheles*, portadoras del parásito *Plasmodium*.

El mosquito se cría en charcos y recipientes donde se represa el agua. Dos semanas después de la picadura, las personas empiezan a sufrir los primeros síntomas: fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y vómitos. La única manera de saber a tiempo si se trata de malaria y evitar complicaciones es hacer un exa-

men de sangre que delate la presencia del parásito. Otras circunstancias que estaban propiciando las enfermedades en la zona fueron que en el 58% de las viviendas no había sanitario, y la mayoría de estas familias se deshacían de las excretas en su propio lote. Así se explicaba la incidencia de los parásitos intestinales. En cuanto a la nutrición, resultó que comían carne o vísceras animales menos de una vez a la semana, y huevos y leche solo dos o tres veces en ese mismo lapso.

Cuatro años después, en 2009, publicaron los resultados de una investigación sobre malaria, desnutrición, inseguridad alimentaria y condiciones socioeconómicas en niños de Turbo. Esa vez concluyeron que los niños con malaria disponían de menos alimentos y estos eran de mala calidad, y tenían niveles más altos de desnutrición crónica. Este indicador resulta de relacionar la talla con la edad, y lo que revela es que la persona ha sufrido hambre por años y eso ha afectado su crecimiento. Así que la inseguridad alimentaria y la desnutrición, sumadas a habitar en una vivienda precaria y sin electricidad, aumentaban para los niños sin paludismo las posibilidades de sufrirlo.

Jaime Carmona Fonseca y Adriana Correa aseguran que las condiciones de vida en esa región no han cambiado desde hace aproximadamente sesenta años. La Gobernación de Antioquia registra que en el Bajo Cauca la desnutrición y las infecciones intestinales siguen siendo la principal causa de muerte de niños entre los 5 y los 14 años, y la segunda en niños de 1 a 5 años. También se comprobó que durante la última década cada niño ha tenido anualmente de cuatro a seis ataques palúdicos, y la desnutrición ha afectado a dos de cada tres entre los 3 y los 11 años. La presencia de parásitos intestinales tampoco ha cedido: cuatro de cada diez tienen amibas y giardias y ocho de cada diez, gusanos.

Según las cifras manejadas por el grupo Salud y Comunidad, el registro de los casos de malaria en el país es cinco veces menor a la ocurrencia real. Muchas personas no consultan y se automedican porque viven en zonas muy alejadas y de cierta forma se acostumbran a convivir con la enfermedad en su entorno. Su aislamiento también se debe a que viven en medio de la guerra. A veces ni siquiera el personal de salud puede entrar a ciertas comunidades, ni ellos salir, porque algún grupo armado lo prohíbe.

Por todas estas razones, los investigadores insisten en que la situación es injustificable política y académicamente, y el silencio de muchos científicos no está contribuyendo a solucionar el problema. “La mayoría de los artículos e investigaciones se quedan mostrando puramente relaciones biológicas. Todos ignoran —no porque no lo sepan, sino deliberadamente lo callan— que la causa del hambre, la desnutrición, los parásitos intestinales, la malaria, etc., es el abandono que sufre la gente que los padece”, remata Carmona Fonseca.